

ESTUDO DAS FUNÇÕES COGNITIVA ASSOCIADO AO TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH) EM SUJEITO COM HISTÓRIA DE ALCOOLISMO.

ALAÍRDES MARIA FERREIRA ROCHA¹

RESUMO

O objetivo deste trabalho é descrever a metodologia empregada na avaliação neuropsicológica do indivíduo com história de alcoolismo e suas implicações com o comportamento de TDAH. Priorizando aspectos de interesse dos profissionais da área da saúde, em especial, psicólogos, psiquiatras, neurologistas. O exame neuropsicológico não se limitou à aplicação de testes neuropsicológicos organizados, mas objetiva, também, avaliar a relação desses achados com o comportamento impulsivo de TDAH. O resultado final deve fornecer um perfil neuropsicológico do paciente que permitirá auxiliar no seu diagnóstico.

Palavras-chave: TDAH, alcoolismo, atenção, avaliação e neuropsicológica.

INTRODUÇÃO

O presente estudo faz referência ao abuso de álcool relacionado ao (TDAH) Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade) e suas conseqüências sobre o usuário. A associação entre transtorno do déficit de atenção com hiperatividade (TDAH) e alcoolismo, tem sido objeto de discussão há tempos, recentemente, foi destacada por novos estudos feitos nos Estados Unidos. Segundo esses mesmos estudos, a presença de TDAH é considerada fator de risco para o desenvolvimento do alcoolismo (Ohlmeier et al., 2008).

Portadores de TDAH experimentam drogas mais cedo, usam em maior quantidade, passam de abusadores para dependentes mais rapidamente. O álcool é a substância química mais utilizada por adultos com TDAH. Pesquisas indicam que há uma tentativa de automedicação em portadores de TDAH que utilizam o álcool, principalmente nos que apresentam os subtipos desatento e ansioso. Sujeitos com

¹ Alaírdes Maria Ferreira Rocha é Doutora em Psicologia, docente do Curso de Administração da Faculdade Araguaia, Coordenadora de Rede de Pesquisa da FAPEG, autora de Livros e de artigos sobre a temática da psicologia.

TDAH ao utilizarem álcool referem uma supressão dos sintomas; sentem-se mais calmos além de apresentarem melhora do quadro de insônia (Ohlmeier et al., 2008). Entretanto, a dependência de álcool associada ao TDAH acarreta uma síndrome de abstinência mais severa, maiores problemas na esfera interpessoal, sintomas de ansiedade e medo aumentados quando comparados a alcoolistas sem a comorbidade (Kim et al., 2006).

O alcoolismo é considerado na atualidade, um dos principais problemas de saúde pública em todo o mundo. São crescente os números sobre doenças graves provocadas pelo consumo excessivo de bebidas alcoólicas, bem como a incidência de mortes decorrentes destas doenças. O álcool também assusta como causa básica da violência, acidentes de trânsito, crimes e suicídios.

O alcoolismo está entre as drogas de maior relevância no Brasil, pois o álcool exerce influencia sobre 12% da população. Estima-se que 90% das pessoas ingerem álcool de alguma forma, (Ministério da Saúde, 2008). Normalmente as primeiras experiências acontecem na adolescência, quando se bebe para ficar desinibido. O problema é que para jovens com tendência para o alcoolismo fica difícil saber quando parar ou mesmo perceber quando a pessoa deixa de ser um bebedor de fim de semana para se tornar um bebedor habitual.

Um primeiro levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil realizado em 2001 pelo (CEBRID) Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas, mostra que o uso de álcool nas 107 maiores cidades do Brasil foi de 68,75%, porcentagem próxima aos 70,8% observados no Chile e aos 81,0%, nos EUA. No Brasil, segundo esse mesmo estudo, o uso de álcool foi maior para o sexo masculino quando comparado ao feminino. Quanto a dependência do álcool, a prevalência também é maior para o sexo masculino (17,1% do que para o feminino 5,7%). O mesmo, apontou que um dos componentes da dependência que apareceu com porcentagem expressiva foi a perda do controle sobre o beber.

Estudos demonstram que o abuso de substâncias como álcool e outra drogas estão relacionados com a impulsividade, dificuldades de atenção (seletiva) hiperatividade motora, a baixa autoestima, a necessidade de sentir-se aceito e sentimentos de incapacidade são condições que predispõem ao uso do álcool. Além dessas dificuldades normalmente acarretam problemas profissionais e acadêmicos

(Dige, Maahr e Backenroth-Ohsako, 2008); (Arias et al., 2008; Looby, 2008). Os sintomas de hiperatividade e de impulsividade tendem a sofrer uma grande diminuição com o tempo de uso; já a desatenção, desorganização e a dificuldade de concluir as tarefas não apresentam o mesmo declínio.

Estima-se que 33% dos adultos com TDAH apresentam abuso/dependência de álcool e drogas, sendo o álcool a substância mais utilizada. O consumo de álcool possui maior prevalência sobre todas as substâncias psicoativas, chegando a 38% dos indivíduos com TDAH (Biederman et al., 2003; Bordin, Laranjeira e Figlie, 2004). De forma semelhante, estudos têm encontrado uma prevalência de TDAH entre 15 e 25% entre dependentes químicos (Faraone et al., 2007).

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) foi inicialmente diagnosticado apenas em crianças, para quem os sintomas causam maior desadaptação ao contexto social, principalmente na escola. Acreditava-se que o curso natural desse transtorno incluía a remissão sintomatológica ao longo de fases posteriores do desenvolvimento. No entanto, a evidência atual sugere que grande parte dos indivíduos afetados permanece com TDAH durante a vida adulta, resultando em problemas profissionais e sociais, bem como risco aumentado para o desenvolvimento de outros transtornos mentais. Esses quadros co-mórbidos muitas vezes dificultam o diagnóstico de TDAH, restringido a atenção clínica às dificuldades apresentadas (Arias et al., 2008; Looby, 2008).

Na vida adulta, o diagnóstico de TDAH apresenta algumas especificidades, já que para muitos indivíduos os sintomas se tornam menos aparentes com a idade. Além das dificuldades de atenção (seletiva) e hiperatividade motora, algumas características notáveis em adultos com TDAH incluem impulsividade, labilidade afetiva, intolerância ao estresse e incapacidade de completar tarefas. Essas dificuldades normalmente acarretam problemas profissionais e acadêmicos (Dige, Maahr e Backenroth-Ohsako, 2008).

Acredita-se atualmente que portadores de TDAH tenham dificuldades nas chamadas funções executivas. Essas funções gerenciam o comportamento, agindo na volição, iniciação das ações, inibição de estímulos competitivos, planejamento para resolução de problemas, mudança de estratégias de forma flexível, monitoramento do comportamento passo a passo e antecipação de consequências.

O desempenho dessas funções depende da integridade de estruturas encefálicas corticais e subcorticais, sobretudo de diferentes regiões do córtex pré-frontal (Fuster, 1997; Royall et al., 2002); (Geeraerts, Lafosse, Vaes, Vandenbussche e Verfaillie, 2008). Portanto, é possível que muitas das manifestações sintomáticas do TDAH, principalmente aquelas relacionadas a prejuízos na capacidade inibitória (cognitiva e comportamental), estejam associadas a uma disfunção de natureza executiva (Barkley, 1997).

Molina (2006), professora da Universidade de Pittsburgh, afirma que crianças com TDAH têm maior risco de desenvolver alcoolismo devido a sua impulsividade e distração, bem como por conta de outros fatores que costumam acompanhar o transtorno, como baixo aproveitamento escolar e problemas de comportamento. Em resumo, segundo a pesquisadora, quando uma criança tem TDAH e um pai ou mãe que sofra ou tenha histórico de alcoolismo ela terá um risco aumentado de desenvolver o mesmo problema. Ressalta ainda, que os estudos apontam que o TDAH representa um fator de risco ao desenvolvimento de problemas com o uso de álcool, mas que isso obviamente não implica que todas as crianças com o transtorno se encaixarão nesse quadro no futuro.

O objetivo desse estudo é avaliar as funções neuropsicológicas no sujeito que se apresenta como queixa principal a dificuldade de memorização e atenção devido ao uso de substância alcoólica durante um período de aproximadamente quinze anos (15 anos). Conhecer também as funções neuropsicológicas que possa estar interferindo nas dificuldades de atenção (seletiva) e hiperatividade.

No estudo de caso, J. F. manifesta uma dificuldade na atenção seletiva, memória, funções executivas e habilidades visuoespaciais, que de acordo com sua história e experiências vividas parece haver também uma relação do uso da bebida alcoólica com o comportamento imperativo, que na sua fala fica evidente ("....quando tinha sete anos de idade fui advertido na escola pelo mau comportamento e indisciplina, os professores diziam que não prestava atenção, era inquieto e ficava atormentando os colegas...."). Lembra-se que nessa época, seu pai foi chamado à escola para o advertir sobre o mau comportamento do filho, e pela primeira vez, seu pai o repreendeu drasticamente com castigo físico.

O sujeito estudado manifesta uma tendência a ter dificuldade em reter fatos recentes, com prejuízo das memórias imediata e intermediária. Por outro lado, a recordação de fatos antigos permanece intacta. Esta situação seria considerada normal para um idoso enquanto que para o sujeito em estudo o esquecimento de fatos recentes parece estar ligado com sua história de uso de bebida alcoólica.

O processo de memorização é complexo, envolvendo sofisticadas reações químicas. Os fatos antigos naturalmente têm mais tempo de se fixar em nosso "banco de dados" e daí a sua melhor fixação, o que não ocorre com fatos recentes, que têm pouco tempo para se fixarem e ainda podem ter sua capacidade de fixação alterada, pelas razões relacionadas acima.

1 - AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA

A avaliação neuropsicológica consiste em exame complementar, que estabelece e avalia a magnitude de alterações cognitivas secundárias à lesão cerebral, proporcionando análise quantitativa e qualitativa que permite a comparação com indivíduos da mesma idade, sexo e escolaridade.

A Neuropsicologia, por sua vez, é uma sub área da Neurociência, exercida por psicólogos, que busca a compreensão da relação entre os danos cerebrais e os efeitos na cognição e comportamento dos indivíduos. Na área de abuso de álcool, tem o compromisso de descrever as alterações cognitivas, comportamentais e emocionais, bem como a qualidade do funcionamento mental. É ainda do âmbito da Neuropsicologia a realização de atividades que visem a recuperação ou amenização dos déficits neurocognitivos encontrados nos pacientes, processo conhecido como reabilitação cognitiva (SIMÕES, 2002).

Nesse caso a proposta desse estudo não visa a reabilitação neurocognitiva, mas o perfil neuropsicológico do sujeito avaliado permitindo um levantamento dos processos mentais que estão comprometidos. Entrevistas, testes e questionários auxiliam a obter resultados relativamente precisos associados as informações proveniente de técnica de neuroimagem como (tomografia computadorizada, ressonância magnética e ressonância magnética funcional), com o intuito de auxiliar no diagnóstico e planejamento de intervenções e tratamento. É a partir do

conhecimento e desenvolvimento e funcionamento normal do cérebro que se pode compreender as alterações cerebrais, disfunções cognitivas e de comportamento resultante de lesões, doenças ou desenvolvimento anormal do cérebro (COSTA, 2004). É importante que toda avaliação neuropsicológica comporte tanto exames das funções intelectuais verbais quanto exames das funções não verbais (SIMÕES, 2002).

Os instrumentos neuropsicológicos são recomendados em todos os casos com suspeita de alterações comportamentais ou cognitivas de origem neurológica. Visam principalmente à prevenção e detecção precoce de distúrbios do desenvolvimento e aprendizado, possibilitando o ritmo e o processo e um mapeamento qualitativo e quantitativo das áreas cerebrais e suas interligações funcionais, visando intervenções terapêuticas precoces e precisas (COSTA, AZAMBUJA, PORTUGUEZ & COSTA, 2004).

A avaliação neuropsicológica não está limitada a aplicação de teste psicométricos e neuropsicológicos organizados em bateria, mas tem por objetivo, também, considerar a relação destes achados com a patologia neurológica e/ou comportamental e, a partir daí, estabelecer a possível área cerebral envolvida.

O presente trabalho dirige sua investigação para verificar os resultados da avaliação neuropsicológica na possível relação do (TDAH) Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade no comprometimento da memória relacionado ao uso de bebida alcoólica, para auxiliar no diagnóstico e tratamento do paciente.

2 - CASO CLÍNICO

2.1 – Identificação do Paciente

O paciente J.F.N, nascido em dezoito de maio de 1956 (54 anos de idade), possui curso superior completo, é agrônomo e trabalha em sua propriedade rural. Filho de A. L. M, aposentado do serviço Federal cuja profissão era agente ambiental, e sua esposa C. F. A, professora aposentada.

O sujeito em estudo, é casado com M. L. R. profissão Pedagoga, possui 3 filhos já adultos e casados e três netos. Reside no Setor Oeste em Goiânia. Relata

não ter nenhum antecedente pessoal ou familiar mórbido. Disse que bebia frequentemente e relata já ter sofrido acidentes de carro por andar alcoolizado, mas sem sequelas, há uns 8 anos atrás.

2.2 – Queixa

Conforme o relatório anterior, o paciente apresenta com história de esquecimento há uns cinco anos. Os sintomas relatados se diz respeito a memória pois não se lembra onde coloca os objetos e queixava-se também de falta de atenção. Durante a entrevista referia-se também sentir-se mais cansado, sem vontade de fazer suas atividades como antes e queixava-se muito da memória. Relata que sua esposa o percebia mais irritado e sem paciência e dificuldades para lembrar de fatos, acontecimentos ou mesmo objetos que guarda como chaves, ferramentas, celular e objetos pessoais como chinelo, documentos, recibos como também relata não se lembrar muito das coisas que lê em livros, revistas ou jornais etc. disse ter dificuldades também de concentração. Várias vezes se demonstrou impaciente durante as atividades de maior complexidade na execução. Apesar dessas dificuldades, J.F. mostrou-se muito a vontade durante todo o processo avaliativo. É uma pessoa extrovertida e falante e muito cooperativa com as atividades propostas durante a avaliação, porém, ansioso com relação ao tempo, olhava sempre para o relógio, como sinal de impaciência. Se observou durante as avaliações que o sujeito não conseguia ficar sem movimentar ora mãos, ora pés a todo o momento, esse comportamento são características comuns nos portadores da TDAH. O paciente comenta que nunca foi submetido a exames ou avaliações para saber se tem alguns distúrbios psicológico ou doença da cabeça. Reclama da dificuldade de memória e acha difícil se concentrar em uma leitura ou manter uma certa constância nas suas atividades diária.

2.3 – Síntese Da Anamnese

Em várias perguntas que foram feitas, J. F. demonstrou dificuldades relacionada a datas como o ano que se casou, a idade dos filhos, o dia da semana e

do mês. Comentou-se que, aos 12 anos começou a beber com os colegas de colégio em festas e finais de semana. Quando cursava a Universidade, relatou que aumentou o consumo e nos finais de semana bebia direto. Relata que era muito ansioso e agitado quando adolescente, lembra-se que sua infância foi muito boa, teve uma educação saudável e tranquila por parte da família, mas aos sete anos de idade foi advertido na escola pelo mau comportamento e indisciplina. Segundo, ele, os professores diziam que ele não prestava atenção e ficava disperso e atormentando os colegas. Relata que nunca fez tratamento neurológico e nunca tomou medicação para a cabeça. Perguntando-lhe sobre a que atribuía essas dificuldades de memória? emocionou-se, e supôs que tudo isso que está acontecendo se deve ao uso do álcool ao longo de quase 20 anos. Porém, relata que já não bebe há 10 anos, e tem consciência clara de que é um alcoólatra, e a única maneira de ficar sóbrio é não tomar a primeira dose. Relata que já frequentou o A.A. (Alcoólatra Anônimo) durante vários anos e também já esteve internado para fazer tratamento contra o vício da bebida numa clínica de reabilitação para usuário de Álcool e outras drogas.

3. METODOLOGIA

3.1 Sujeito

Foi avaliado um paciente do sexo masculino, 54 anos de idade, escolaridade de nível superior, casado, pai de 3 filhos, residente na cidade de Goiânia. Aos 12 anos começou a beber com os colegas e posteriormente na Universidade todos os finais de semana, bebia direto. Era muito impulsivo, ansioso e agitado, aos sete anos de idade foi advertido pela escola pelo mau comportamento e indisciplina. Segundo o relato do paciente, os professores diziam que ele não prestava atenção e ficava atormentando os colegas.

3.2 - Instrumentos utilizados

Neste estudo foram utilizados vários instrumentos: O primeiro, um “Questionário de Triagem” com questões para avaliar o sujeitos segundo os critérios de inclusão e dados sócio-econômicos-culturais. O segundo, “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”, devidamente assinado pelo sujeito com os dados de identificação do sujeito da pesquisa; dados sobre o estudo de caso com registro das explicações do pesquisador ao paciente; esclarecimentos sobre garantias do sujeito da pesquisa com informações de nomes, endereços e telefones do responsável pelo acompanhamento da pesquisa, para contato em caso de intercorrências clínicas e; consentimento pós-esclarecido.

A seguir encontra-se a nomeação dos testes que foram aplicados no sujeito avaliado.

Roteiro de Entrevista/adulto História Pessoal (Spreen & Strauss, 1998)

- Teste de rastreio MOCA. O *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA; Nasreddine e colaboradores, 2005) constitui um instrumento breve de rastreio cognitivo. Este instrumento representa um método rápido, prático e eficaz na distinção entre desempenhos de adultos com envelhecimento cognitivo normal e adultos com déficit cognitivo. Com uma pontuação máxima de 30 (pontos), o MOCA avalia oito domínios cognitivos contemplando diversas tarefas em cada domínio. No conjunto de itens que constituem este instrumento estão incluídas 5 das 6 tarefas mais frequentemente usadas no rastreio da demência.
- Teste de memória Lógica I e II. **Logical Memory I II- LM** (Wechsler Memory Scale, 1975; Wechsler Memory Scale Revised, 1987; Lezak, 1995; Spreen e Strauss, 1997): Compõe-se de duas histórias relatadas ao paciente e evocadas imediatamente após e depois de 30 minutos.
- Escala de Inteligência Wechsler para Adultos- WAIS-III. Belo Horizonte: Casa do Psicólogo. (Wechsler, 1981). A Escala Wechsler de Inteligência para adultos é um instrumento flexível de avaliação intelectual que permite a avaliação de componentes cognitivos específicos, como funções executivas, linguagem e memória, através de domínios de habilidades: compreensão verbal,

organização perceptual, memória do trabalho e velocidade de processamento. No caso de diagnóstico de déficit de atenção e hiperatividade em adultos utilizam-se os últimos dois: Memória do trabalho e Velocidade de Processamento.

Dentre os critérios que propõe investigar, o WAIS- III, é mais utilizado. Fornece escores nas escalas: verbal e de execução, bem como um QI de escala total. Os vários tipos de tarefas possibilita a observação das dificuldades e suas habilidades. O resultado do QI contribuiu para fornecer maiores informações sobre o nível geral de funcionamento do paciente e, conseqüentemente, servir de referencia para outras funções mais específicas, como memória, atenção, raciocínio etc, embora o QI não seja uma medida para localizar disfunções cerebrais. Os resultados dessa avaliação foram surpreendentes, apresentando QIV- média superior; QIE- média e QIT- média.

Esses resultados já levantaram suspeitas de que provavelmente esse paciente poderia estar manifestando um (TDAH) Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. A medida que os resultados de outro testes foram concluído, se detectou que o paciente possui o TDAH.

A memória do trabalho está relacionada com a capacidade de prestar atenção à informação, manter e processar na memória para, de seguida, responder. Os subtestes que compõem são dígitos, aritmética e sequência de números e letras. A velocidade de processamento relaciona-se com a resistência à distração, ou seja, os processos de atenção, memória e concentração no processamento de informação visual. Os subtestes são códigos e procura de símbolos. Esta escala é indicada para adultos entre os 16 e os 89 anos.

- Teste F. A. S. (Tombaught, Kozak e Ress, 1996). O objetivo é avaliar o planejamento, organização e julgamento, além de linguagem (produção e fluência), atenção sustentada, (fluência fonêmica associada a áreas frontais). Comando: Você vai falar, durante um minuto, palavras começadas com a letra F. Vale qualquer palavra, menos nome de pessoas. O mesmo comando para as letras A e S. Tempo: 1 minuto para cada letra. Ponto de corte: total de 30 palavras.

- Teste de Atenção Concentrada AC. Teste d2 de Atenção Concentrada: nesta tarefa o sujeito deve cancelar estímulos (letras “d”) cada vez que são acompanhados de dois traços, em diversas posições. Avalia aspectos da atenção visual e, em sentido mais amplo, da capacidade de concentração (Brickenkamp, 2000).
- Figura Complexa de Rey. Teste: **figura complexa de Rey (Rey-Osterrieth complex figure test – CFT)**. Avalia a praxia visuomotora, varredura visual, atividade motora fina, organização e planejamento. A testagem se compõe de três etapas: a primeira de cópia, a segunda de memória imediata e a terceira de memória após 30 minutos; esses dois últimos escores são utilizados na avaliação da memória.
- Torre de Hanói **Torre de Hanói (LEZAK, 1995)**. O teste Torre de Hanói consiste em três hastes alinhadas e cinco discos de cores e tamanhos diferentes. Os discos iniciam na primeira haste e devem ser deslocados para uma das outras duas obedecendo dois critérios: não tirar dois discos ao mesmo tempo das hastes e não colocar um disco maior sobre um menor. Com o início das aplicações percebeu-se uma dificuldade dos participantes com TID de entenderem e executarem a tarefa diretamente com cinco discos. Frente a isso optou-se pela execução primeiramente com três discos. Se o participante fosse capaz de realizá-la, em até 5 minutos, passava-se para a tarefa com quatro discos e da mesma forma com cinco discos. No teste da Torre de Hanói os critérios de correção adotados foram: número de movimentos e o tempo total para execução com 3, 4 e/ou 5 pinos. Devido à grande dificuldade de execução da tarefa, principalmente dos pacientes com TID, foi proposta a inserção de uma medida que mostrasse se o participante foi capaz de realizar a atividade. Foi atribuído valor 0 quando o participante não foi capaz de realizar a tarefa proposta, nem com 3 discos, atribuiu-se valor 1 quando o sujeito realizou a tarefa com 3 discos, valor 2 quando o participante realizou com 4 discos e valor 3 quando o participante realizou com 5 discos. Através deste teste é

possível avaliar as habilidades executivas de *elaboração de estratégia, planejamento, flexibilidade cognitiva, inibição de resposta*.

- Stroop Test. *Teste de Stroop*: O teste é formado por listas de palavras em diferentes cores. A tarefa consiste na alternância da atenção entre duas funções de estímulo: palavra e cor. Avalia o componente de flexibilidade reativa do processamento executivo (Stroop, 1935).
- Figura do Roubo do Biscoito. *Recomendação prática*: Na ausência de estudos brasileiros na área, os participantes do consenso sugerem o emprego da descrição de figuras temáticas (ex. prancha do roubo do biscoito do Teste Diagnóstico de Afasia de Boston) ou do teste de percepção de figuras superpostas (Sugestão Opcional).
- Teste dos Sinos. Originalmente, com o nome *Test des Cloches*, Bells Test ou Teste dos Sinos foi uma atividade criada por Gauthier, Dehaut & Joannette (1989) que permite a avaliação qualitativa e quantitativa dos aspectos da heminegligência visual. Esta tarefa de cancelamento é 1310 *IV Mostra de Pesquisa da Pós-Graduação – PUCRS, 2009* apresentada em uma folha com 315 objetos pequenos repetidos desenhados, entre os quais se encontram 35 sinos distribuídos de forma aparentemente aleatória. A tarefa do paciente é localizar os sinos, cancelando-os no menor intervalo de tempo possível.
- Escala de BECK (BDI, BAI). Finalidade: As escalas Beck São excelentes avaliadoras de ansiedade, ideação suicida, depressão e podem ser utilizadas na clínica, no acompanhamento de pessoal, na SPe até mesmo em hospitais e avaliação psicológica. É composto por: Inventário de Depressão (BDI) Inventário de Ansiedade (BAI) Escala de Desesperança (BHS) Escala de Ideação Suicida (BSI). O BDI mede a intensidade da depressão, e o BAI, a intensidade da ansiedade. A BHS é uma medida de pessimismo e oferece indícios sugestivos de risco de suicídio em sujeitos deprimidos ou que tenham história de tentativa de suicídio. A BSI detecta a presença de ideação suicida, mede a extensão da motivação e planejamento de um comportamento suicida. Todas as escalas são apropriadas para pacientes psiquiátricos. A BDI,

o BAI e a BHS podem ser usadas em sujeitos não-psiquiátricos, mas as normas foram desenvolvidas para uso com pacientes psiquiátricos.

- **Teste RAVLT.** Objetivo O objetivo deste teste é avaliar a aprendizagem memória verbal. O RAVLT é uma avaliação rápida, de fácil administração com lápis e papel que avalia a capacidade da memória imediata, um novo aprendizado, a susceptibilidade à interferência e memória de reconhecimento. A versão original foi desenvolvido por André Rey (1958). Taylor (1959) e Lezak (1976, 1983) alteraram o teste e adaptaram para uso com sujeitos falantes do Inglês. Há muitas variações do RAVLT. A variante mais comumente utilizada é composta por 15 nomes (lista A), onde se deve ler em voz alta (com um intervalo de 1 segundo entre cada palavra) por cinco tentativas consecutivas, cada ensaio, seguido por um teste de recordação livre. A ordem de apresentação das palavras permanece fixa em todos os ensaios. As instruções são repetidas antes de cada ensaio, para minimizar o esquecimento. Após a conclusão do 5º ensaio, uma lista de interferência das 15 palavras (lista B) é apresentada, seguido por um teste de recordação livre dessa lista. Imediatamente após isso, a recordação tardia da primeira lista é testada sem a apresentação de mais palavras. Após um período de 20 minutos de intervalo, cada sujeito é novamente solicitado a recordar as palavras da lista A. Por fim, uma história que usa todas as palavras da lista A é apresentada, oralmente ou por escrito (dependendo da capacidade do paciente de leitura), e o paciente devem identificar as palavras reconhecidas a partir da lista A.
- **Teste Hooper.** H. Elston Hooper publicado em 1958 e revisado em 1983, com a finalidade de avaliar a função da discriminação visual. Para avaliar a habilidade de um indivíduo em integrar estímulos visuais, como uma ajuda na avaliação neuropsicológica, encontramos o VOT (Hooper Visual Organization Test). Trata-se de instrumento utilizado para medir a habilidade de adolescentes e adultos para organizar

estímulos visuais e desta forma, explorar a existência de qualquer dificuldade na discriminação visual.

- Teste de Nomeação de Boston. Um dos testes mais freqüentemente utilizados para avaliar a capacidade de nomeação por confrontação visual é o Teste de Nomeação Boston (TNB) (*Boston Naming Test – BNT*). O TNB é composto de 60 itens desenhados em preto e branco, graduados segundo critério de dificuldade. As figuras foram selecionadas evitando-se aquelas que tivessem nomes alternativos aceitáveis. Na aplicação do TNB em amostra brasileira, Romero (2000) identificou dez “problemas de ilustração”. Atribuiu as dificuldades de nomeação desses itens a fatores culturais e propôs sua substituição. Um aspecto a ser considerado no Brasil é a disparidade de oportunidades de acesso à instrução formal, com alta proporção de indivíduos que não freqüentaram a escola, senão por 4 anos, e sobre os quais não existem dados disponíveis publicados. No caso de indivíduos pouco escolarizados com lesões cerebrais, corre-se o risco de considerar déficit o que na realidade é desconhecimento e privação cultural.
- Teste do Labirinto de Chapuis. Nos testes de labirinto têm-se a possibilidade de avaliar diversos aspectos neuropsicológicos, tais como, função executiva, aprendizagem espacial e memória implícita. O labirinto em cruz elevado é o modelo mais utilizado em estudos com animais e recentemente foi empregado para o desenvolvimento de novos fármacos e para o conhecimento das bases neurobiológicas da ansiedade⁶. O labirinto radial foi empregado para verificar a integridade de áreas cerebrais de ratos, como o córtex frontal e entorrinal e o hipocampo, avaliando a memória espacial após o uso de anestésicos, sedativos e fármacos colinérgicos utilizados no tratamento da Doença de Alzheimer e na Demência dos Corpos de Lewy.
- O instrumento utilizado foi a “Escala de TDAH –Escala de Auto-Avaliação para Diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade em adultos (Mattos, 2006) de Inglês (Adult Selft-Respost

Scale). ASRS: A escala ASRS foi desenvolvida por pesquisadores em colaboração com a Organização Mundial de Saúde (Kessler, 2005) e possui 18 itens que contemplam os sintomas do critério A do DSM-IV, modificados para o contexto da vida adulta, uma vez que vários itens dizem respeito a comportamentos próprios da infância ou da adolescência.

3.4 Procedimento

O contato com o paciente foi realizado através da solicitação do mesmo. Após seu consentimento foi conduzido às sessões de avaliação neuropsicológica. Todas as sessões ocorreram em consultório clínico. Na coleta de dados procurou-se realizar um controle de variáveis em relação ao ambiente e a aplicação do teste que pudessem interferir na avaliação dos dados obtidos. Entre esses cuidados, obteve-se a concordância prévia do sujeitos em participar do estudo, efetuado-se a seguir a aplicação no consultório, ambiente com o menor risco de interferência.

Os dados foram coletados durante o mês de julho de 2011, período onde o sujeito estavam com mais tempo disponível. O sujeito participou espontaneamente e se dirigia ao consultório onde se submeteu à aplicação dos testes. Antes da aplicação dos testes foi mantida uma conversa esclarecedora para baixar a ansiedade do sujeito e estabelecer um bom Rapport, uma vez que ainda se tem uma ideia de que ir ao psicólogo é “coisa de louco”. O sujeito participou ativamente dos testes, sem que se tenha registrado nenhum incidente ou desistência durante o processo.

Para o desenvolvimento desse estudo, inicialmente foi feita detalhada anamnese, entrevista e avaliação neuropsicológica com auxílio de instrumentos, por meio dos quais, foi possível verificar as habilidades cognitivas comprometidas e conservadas e o nível de comprometimento apresentado.

As instruções para os testes foram feitas verbalmente, sendo proporcionados esclarecimentos acerca do objetivo do estudo, do trabalho da pesquisadora e outros que se fizeram necessários, permitindo assim, superar algumas dificuldades que pudessem interferir. O sujeito avaliado conforme os critérios de inclusão a participar

do estudo foi esclarecido, por tratar-se de uma bateria de testes com a finalidade de uma avaliação neuropsicológica, administrado individualmente.

4. RESULTADOS

Resultados Quantitativos e Escores Obtidos

4.1 WAIS – 3ª Edição – Escala de Inteligência Weschster para Adultos

4.1.1 Eficiência Cognitiva e Índices Fatoriais

| QIV | QIE | QIT | ICV | IOP | IMO | IVP |
|----------------|------------|------------|----------------|------------|------------|------------|
| 110 | 100 | 106 | 114 | 113 | 102 | 100 |
| Média Superior | Média | Média | Média Superior | Média | Média | Média |

4.1.2 Subtestes Verbais (Escore Bruto)

| Vocab. | Semelh. | Aritm. | Dígitos | Inform. | Compr. | Seq. Num- Letras | Escore |
|---------------|----------------|---------------|----------------|----------------|---------------|-----------------------------|---------------|
| 12 | 13 | 10 | 12 | 13 | 10 | 09 | Previstos |
| 44 | 24 | 10 | 14 | 17 | 17 | 09 | Alcançados |

4.1.2 Subtestes de Execução (Escore Brutos)

| C. Fig. | Códigos | Cubos | R. Mat. | A. Fig. | P. Sim. | Arm.Obj. | Escore |
|----------------|----------------|--------------|----------------|----------------|----------------|-----------------|---------------|
| 13 | 12 | 12 | 12 | 10 | 08 | 11 | Previstos |
| 16 | 49 | 28 | 12 | 06 | 07 | 20 | Alcançados |

5.1 Teste de Atenção Concentrada – AC

| Acertos | Erros | Omissões | Pontos | Percentis |
|----------------|--------------|-----------------|---------------|------------------|
| 100 | 21 | 18 | 71 | 10% |

Interpretação: Apresentou uma classificação inferior a media. Dificuldade da atenção visual e, em sentido mais amplo, da capacidade de concentração.

5.2 Teste dos Sinos (teste informal)

| Quantidade Esperada | Ponto de Corte | Pontos Obtidos | Omissões |
|---------------------|----------------|----------------|----------|
| 35 | 33 | 28 | 7 |
| Tempo | 5" | 6" | |

Interpretação: Apresentou um comprometimento moderado o que sinaliza leve dificuldade na percepção e busca visual, orientação espacial, na atenção seletiva e sustentada. Com relação ao tempo gasto para a execução da tarefa foi superior ao previsto.

5.3 Teste - FIGURA COMPLEXA DE REY

| Resultado | Total | Percentil | Classificação |
|------------------|-------|-----------|---------------|
| Cópia | 35 | 90 | Média |
| Tempo de Cópia | 2'30" | 30 | Média |
| Memória Imediata | 13 | 30 | Média |
| Memória Tardia | 13 | 30 | Média |

Interpretação: Demonstrou através do desenho bom planejamento, orientação visual e espacial e boa memória visual e atividade motora fina.

5.4 Teste – F.A.S. Fluência Fonêmica

Escore: 3 letras - 30 palavras

| Letras | Palavras |
|--------|----------|
|--------|----------|

| | |
|--------------|-----------|
| F | 10 |
| A | 09 |
| S | 07 |
| Total | 26 |

Interpretação: Dificuldade leve de fluência Fonêmica com baixa habilidade de linguagem, organização, memória operacional e atenção sustentada.

5.5 Memória Lógica I

Memória Lógica II

| | |
|--------------------------------|------------------------------|
| Total: 17 | Total: 11 |
| RS: 21 – Média Inferior | RS: 17 Média Inferior |

- **Interpretação:** Memória lógica e tardia abaixo da média, significando um comprometimento na memória.

5.6 Torre de Hanói (Média de Resultados)

| N. de Peças | N. Movimentos | Tentativas | Tempo seg. | Resultados |
|--------------------|----------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| 3 | 7 | 4 | 46" | Sem dificuldade |
| 4 | 18 | 6 | 50" | Dificuldade leve |

Pouca dificuldade nas habilidades executivas de elaboração de estratégia, planejamento, flexibilidade cognitiva e inibição de respostas.

5.7. Stroop Test (Stroop, 1935)

| | Tempo Esperado | Tempo Obtido | Erros |
|-------------------|-----------------------|---------------------|--------------|
| Cartela I | 10 a 14 | 15' | 0 |
| Cartela II | 13 a 19 | 16' | 6 |

| | | | |
|--------------------|---------|-----|---|
| Cartela III | 20 a 36 | 16' | 7 |
|--------------------|---------|-----|---|

Interpretação: Dificuldade em relação à capacidade de atenção e flexibilidade reativa do processamento executivo do pensamento. Demonstrou nas tarefas a falta de alternância entre as duas funções de estímulo: palavra e cor.

5.8 MOCA

| Escore máximo | Escore mínimo | Escore obtido |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| 30 | 25 | 20 |

- Visuoespacial/executiva: normal e sem dificuldades
- Nomeação: boa nomeação e sem comprometimento
- Memória: recente não satisfatória
- Atenção: déficit de atenção
- Linguagem: limitada
- Abstração: capacidade adequada de abstração
- Evocação Tardia: memória tardia comprometida
- Orientação: capacidade de se orientar comprometida.

Obteve comprometimento em vários domínios cognitivo, como: memória recente, memória tardia, atenção, orientação e linguagem.

5.9. Teste – *RAVLT Aprendizagem auditivo-Verbal de Rey (Lezak, 1995)*

Total de pontos: 20

Total de pontos evocação tardia: 6

Total de pontos evocação tardia após 30": 6

Total de pontos lista de reconhecimento: 8

Interpretação: Apresentou um desempenho abaixo da média para memória auditiva verbal e memória imediata. Índice de distrabilidade e armazenamento com dificuldade. Demonstrou um déficit de memória generalizada resultando um desempenho ruim em testes de reconhecimento de recall (evocação, recuperação).

5. 10. Figura do Roubo do Biscoito

Manifestou boa descrição temática com pensamento claro e coerente e boa expressão verbal, demonstrando coerência e objetividade.

5. 11. Escala de BECK

BAI – Escore total: 28 - Indicativo de grau moderado de ansiedade

BDI – Escore total: 14 - Sinais leve de depressão e leve transtorno de humor.

5. 12. Labirinto de Chapuis.

Tempo: 1', sem erros e sem dificuldades. Controle da impulsividade e capacidade de execução motora adequada. Função executiva e boa aprendizagem espacial.

5. 13. Escala de Auto-Avaliação de TDAH em Adulto.

Resultado: 80 pontos

Total de respostas consistentes com sintomas de TDAH: 80

(menos de 70 pontos: baixa probabilidade de TDAH

(acima de 70 pontos: alta probabilidade TDAH

O sujeito obteve 80 pontos no teste de TDAH, o que indica alta probabilidade de ter sintomas do TDAH.

6. PERFIL NEUROPSICOLÓGICO

Atenção: Na prova AC, a atenção concentrada apresentou uma classificação inferior a média, enquanto que a atenção visual e auditiva permaneceu preservada nas provas de procurar símbolos e dígitos. (WAIS III). No Teste MOCA, obteve resultados abaixo do esperado.

Percepção: Na prova de Procurar Símbolos e Código demonstrou uma discriminação visual preservada.

Memória: Capacidade de evocação de palavras abaixo da média em relação ao seu grupo etário e anos de educação através do (Teste F.A.S e RAVLT). Dificuldade na produção e fluência semântica. Na memória lógica e tardia obteve uma média inferior.

Obteve no Teste MOCA um comprometimento da evocação tardia

Obteve no Teste MOCA um comprometimento da evocação tardia.

A ansiedade parece ter sido determinante no resultado da avaliação.

Visoconstrução e Organização Visuoespacial:

Na figura Complexa de Rey, obteve uma boa organização e planejamento cujo desempenho apresentou dentro da média esperada já com relação a memória obteve uma média inferior. Apresentou dificuldades na prova de Cubos (WAIS III) que poderá significar dificuldades de planejamento visuoespacial. No teste dos Sinos, apresentou um comprometimento moderado o que sinaliza leve dificuldade percepção e busca visual, orientação espacial, na atenção seletiva e sustentada. Com relação ao tempo gasto para a execução da tarefa foi superior ao previsto.

Linguagem:

Obteve no Índice de compreensão Verbal superior, não apresentando dificuldade na emissão (WAIS III) enquanto que no Teste MOCA obteve abaixo do esperado.

Função Executiva:

Capacidade de aprendizado, estratégia e planejamento dentro dos parâmetros da normalidade obtido através (Torre de Hanói). Já no WAIS III, a função executiva esta dentro da média.

Destreza Motora:

Na figura de Rey, não apresentou alteração na motricidade.

Raciocínio:

Apresentou um raciocínio dentro da média esperada, demonstrado nas provas de Semelhanças, Compreensão e arranjo de Figuras do WAIS III.

Aspectos Emocionais: Sinais moderado de ansiedade e leve transtorno de humor (Escala Beck).

Escala de Auto-Avaliação de TDAH em Adulto.

O sujeito obteve 80 pontos no teste de TDAH, o que indica alta probabilidade de ter sintomas do TDAH.

6.1 CONCLUSÃO NEUROPSICOLÓGICA

O sujeito apresenta uma escolaridade alta e com boa reserva cultural. Apresenta um desempenho abaixo da média para memória auditiva verbal e memória imediata. Índice de distrabilidade e armazenamento com dificuldade. Demonstrou déficit de memória generalizada resultando um desempenho ruim em testes de reconhecimento de recall (evocação, recuperação).

Obteve uma boa organização e planejamento cujo desempenho apresentou dentro da média esperada, com relação a memória, obteve uma média inferior. Dificuldades na prova de Cubos (WAIS III), isso poderá significar dificuldades de planejamento visoespacial. Comprometimento moderado no Teste dos Sinos, o que sinaliza leve dificuldade perceptiva e busca visual, orientação espacial, na atenção seletiva e sustentada. Com relação ao tempo gasto para execução da tarefa foi superior ao previsto. Com relação a linguagem, obteve índice elevado de compreensão verbal não apresentando dificuldade na emissão, manifestou boa descrição temática com pensamento claro e coerente e boa expressão verbal, demonstrando coerência e objetividade.

Na função executiva obteve boa capacidade de aprendizado, estratégia e planejamento, não apresentando dificuldade ou alteração na motricidade com relação a destreza motora. Raciocínio esperado, dentro da média, enquanto que nos aspectos emocionais demonstrou sinais moderados de ansiedade e leve transtorno de humor.

No TDAH, indicou alta probabilidade de ter sintomas do TDAH. Portadores de TDAH apresentaram desempenho significativamente inferior aos controles em tarefa de memória operacional auditivo-verbal (Span de Dígitos), tanto na ordem direta

quanto inversa, o que corrobora achados de alguns estudos com amostra de adultos e de crianças.

Segundo a literatura, tanto o alcoolismo como o TDAH prejudicam as funções atencionais, porém de forma diferente. Enquanto no alcoolismo os prejuízos parecem ser difusos, no TDAH parece haver uma especificidade de prejuízos nas funções de memória generalizada resultando um desempenho ruim em testes de reconhecimento de recall (evocação, recuperação). Pouco se sabe, porém, sobre os prejuízos gerados pela co-morbidade alcoolismo e TDAH e seu impacto nas funções atencionais dos pacientes.

Diante do panorama acima apresentado, o objetivo do presente trabalho foi cumprido uma vez que se buscou traçar o perfil do sujeito através dos testes neuropsicológicos, utilizando como referência instrumentos disponíveis em nosso meio.

Encaminhamento:

Acredita-se que, através da psicoterapia e atividades físicas regulares, o comportamento imperativo do paciente poderá ter respostas surpreendentes com uma melhora na memória, atenção e concentração. Embora os resultados obtidos ainda não sejam muito visíveis aos olhos do paciente, através de inúmeras observações, os resultados foram de grande valia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARIA, A.J (2008). Correlates of co-occurring. ADHD in drug-dependent subjects: Prevalence and features of substance dependence and psychiatric disorders. *Addictive behaviors*, 33, 1199-1207.
- BIEDERMAN J, MICCK E, FARAONE SV, BRAATEN E, DOYLE A. Influence of gender on attention deficit hiperaty disorder in children referred to a psychiatric clinic, *Am. J. Psychiatry*, 159:36-42, January 2002.
- BARKLEY, R.A. (2002). *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH)*. Porto Alegre: Artmed.

- BORDIN, S., Laranjeira, R., & Figlie, N.B. (2004). *Aconselhamento em Dependência Química*. São Paulo: Roca. *PSICO*, Porto Alegre, PUCRS, v. 39, n. 3, pp. 292-298, jul./set. 2008 .
- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle dos Problemas Relacionados com o consumo de Álcool - PRONAL. Brasília: Ministério da Saúde/Disan, 2008.
- Brasil. Presidência da República. Secretaria Nacional Antidrogas. Política Nacional Antidrogas. Brasília; 2002.
- COSTA, D.I.; AZAMBUJA, L.S.; PORTUGUEZ, M.W.; COSTA, J.C. Avaliação Neuropsicológica da Criança. *Jornal de Pediatria*. Vol.80, n.2, p.111-116, 2004.
- Cunha, P.J., & Novaes, M.A. (2004). Avaliação neurocognitiva no abuso e dependência do álcool: implicações para o tratamento. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26, 23-27.
- DIGE, N., MAAHR, E., & BACKERNROTH-Ohsako, G. (2008). Memory tests in subgroups of adult attention deficit hyperactivity disorder reveals simultaneous capacity deficit. *International Journal of Neuroscience*, 118, 569-91.
- FARAONE, S.V. (2007). Psychoactive substance use disorders in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): effects of ADHD and psychiatric comorbidity. *American Journal of Psychiatry*, 23, 1-24.
- FARAONE, S., WILENS, T., PETTY, C., ANTSHEL, K., SPECER, T., & BIEDERMAN, J. (2007). *The American Journal on Addictions*, 16, 24-34.
- FUSTER, J. M. (1997). *The prefrontal cortex: Anatomy, physiology, and neuropsychology of the frontal lobe*, (3ª ed.). Philadelphia: Lippincott-Raven.
- GEERAERTS, S., LAFOSSE, C., VAES, N., VANDENBUSSCHE, E., & VERFAILLIE, K. (2008). Dysfunction of right-hemisphere attentional networks in attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 30, 42-52.
- LARAJEIRA, R., Rev Brasileira de Psiquiatria, 2000. Consenso sobre a Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA) e o seu tratamento.
- LOOBY, A. (2008). Childhood attention deficit hyperactivity disorder and the development of substance use disorders: valid concern or exaggeration? *Addictive Behaviors*, 33, 451-463.

OHLMEIR, , M.D., PETERS, K., ZEDLER, M., ZIEGENBEIN, M & SCHNEIDER, U.(2008).Comorbidity of alcohol and substance dependence with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Alcohol and Alcoholism*, 43,3,300-304.

KIM.Y. Childhood mania, attention deficit hyperactivity disorder and conduct disorder: a critical review of diagnostic dilemmas. *Bipolar Disord.* 2006;4(4):215-25. Review.

ROYALL, D. R., LAUTERBACH, E. C. (2002). Executive control function: A review of its promise and challenges for clinical research. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 14, 377-405.